

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**KATJA ERGAVER**

**Izola, 2016**



**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI  
PACIENTA NA ARTROSKOPSKO OPERACIJO  
KOLENA – ŠTUDIJA PRIMERA**

**NURSE ROLE IN PREPARING PATIENT FOR THE KNEE  
ARTHROSCOPY - CASE STUDY**

Študent: KATJA ERGAVER

Mentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg., viš. pred.

Somentorica: mag. MIRA ŠAVORA, univ. dipl. soc., dipl. m. s.

Študijski program: visokošolski strokovni program Zdravstvena nega

**Izola, 2016**



## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Podpisana Ergaver, Katja izjavljam, da je:

- predložena diplomska naloga/zaključna projektna naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.



## KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

<b>Naslov</b>	Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena – študija primera
<b>Tip dela</b>	Diplomsko delo
<b>Avtor</b>	ERGAYER, Katja
<b>Sekundarni avtorji</b>	KRANJUŠ, Igor, ŠAVORA, Mira
<b>Institucija</b>	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
<b>Naslov inst.</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2016
<b>Strani</b>	V., 37 str., 1 sl., 29 vir.
<b>Ključne besede</b>	artroskopija, anestezija, komplikacije
<b>UDK</b>	616-089.5
<b>Jezik besedila</b>	slv
<b>Jezik povzetkov</b>	slv/eng
<b>Izvleček</b>	<p>V študiji primera, pacienta po artroskopski operaciji kolena, pri katerem je prišlo do komplikacij, smo želeli izpostaviti negovalne probleme in postaviti načrt zdravstvene nege. Osredotočili smo se na pacienta, ki je bil artroskopsko operiran v sklopu enodnevne bolnišnične obravnave, pri katerem je po posegu prišlo do komplikacij. Cilji v diplomski nalogi so bili: predstaviti obravnavo pacienta, ki je sprejet zaradi načrtovane artroskopske operacije kolena; predstaviti vlogo in naloge medicinske sestre pri obravnavi pacienta z artroskopijo kolena pred, med in po operativnem posegu ter opredeliti vlogo medicinske sestre pri odpustu in ugotoviti potrebo po zdravstveni vzgoji ter negi pacienta po artroskopski operaciji kolena. Z nalogo smo želeli doseči, da bi bili tako pacienti kot tudi medicinske sestre boljše seznanjeni z morebitnimi komplikacijami po artroskopski operaciji, ki sicer veljajo za redke, vendar so pri majhnem številu pacientov možne.</p>

## KEY WORDS DOCUMENTATION

<b>Title</b>	Nurse role in preparing patient for the knee arthroscopy – case study
<b>Type</b>	Diploma work
<b>Author</b>	ERGAYER, Katja
<b>Secondary authors</b>	KRANJUŠ, Igor, ŠAVORA, Mira
<b>Institution</b>	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
<b>Address</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Year</b>	2016
<b>Pages</b>	V., 37 p., 1 fig., 29 ref.
<b>Keywords</b>	arthroscopic surgery, complication, nurse.
<b>UDC</b>	616-089.5
<b>Language</b>	slv
<b>Abstract language</b>	slv/eng
<b>Abstract</b>	<p>In a case study of the nurse role in preparing patient for the knee arthroscopy we studied patient after arthroscopic knee operation, which resulted with complications, so we wanted to highlight the nursing problems and to make a plan of care. Arthroscopy of joints provides us with a view inside the joint, an evaluation of the structures and enables us to make the right diagnosis and provide suitable operative care. We found that the role of a nurse in preparing the patient for arthroscopic knee surgery is responsible, because she can calm and reduce fear of the patient with a conversation before surgery. We wanted to achieve, that both patients and nurses will be more aware of the possible complications after arthroscopic surgery, which may appear rarely, but are possible at small amount of patients.</p>



## KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU .....	I
KEY WORDS DOCUMENTATION .....	II
KAZALO VSEBINE.....	III
KAZALO SLIK.....	IV
SEZNAM KRATIC.....	V
1 UVOD .....	1
1.1 Artroskopija kolena .....	2
1.2 Priprava na artroskopsko operacijo .....	4
1.2.1 Anestezija pri artroskopski operaciji kolena .....	5
1.3 Zdravstvena nega pacienta pri artroskopiji.....	6
1.3.1 Zdravstvena nega pred operacijo.....	7
1.3.2 Zdravstvena nega pacienta po artroskopski operaciji kolena.....	9
1.4 Navodila ob odpustu pacienta domov s strani medicinske sestre.....	10
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	12
2.1 Namen.....	12
2.2 Cilji .....	12
2.3 Raziskovalna vprašanja .....	12
3 METODE DELA IN MATERIALI .....	13
3.1 Vzorec.....	13
3.2 Merski pripomočki in instrumenti .....	13
3.3 Potek raziskave .....	14
4 REZULTATI.....	15
4.1 Predstavitev pacienta takoj po artroskopski operaciji kolena.....	15
4.2 Predstavitev pacienta dva meseca po artroskopski operaciji kolena z uporabo teorije po Virginiji Henderson.....	17
4.3 Intervju s pacientom .....	24
5 RAZPRAVA .....	26
6 ZAKLJUČEK.....	30
7 VIRI.....	31
POVZETEK .....	34
SUMMARY .....	35
ZAHVALA.....	36

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Grafični prikaz artroskopije (Kavčič 2008). .....	3
--	---

## **SEZNAM KRATIC**

CRP	C-reaktivni protin
EKG	Elektrokardiogram
INR	Stopnja koagulacije strjevanja krvi
ITM	Indeks telesne mase
KKS	Kompletna krvna slika
PČ	Protrombinski čas
RTG p. c.	Rentgenogram pljuč in srca
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



## 1 UVOD

Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni notranje ravnovesje. Vsak operativni poseg je tvegan, saj je prisotnih kar nekaj dejavnikov, na katere ne moremo vplivati in so zato nepredvidljivi. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se osredotočijo na dejavnike, na katere se da vplivati. Pripravo na načrtovani operativni poseg delimo na psihično in fizično pripravo (Mežek in Martelj 2015). Zaradi tega je pomembno, da pacient že pred operacijo dobi s strani zdravnika in zdravstvenega osebja dovolj informacij o načrtovanem operativnem posegu in anesteziji ter poteku zdravljenja.

Artroskopija je invazivna diagnostična in terapevtska metoda, ki omogoča pogled v notranjost sklepa, oceno struktur v njem, postavitev diagnoze in možnost operativne oskrbe, morebitne nepravilnosti v sklepu. Na začetku je omenjena tehnika operacije bila omejena le na večje sklepe: koleno, ramo; s tehničnim napredkom in izboljšanim kirurškim znanjem pa se je njena uporabnost razširila na druge sklepe: gleženj, kolk, zapestje in hrbtenico. V primerjavi s klasičnimi operacijami je metoda manj invazivna in omogoča krajšo hospitalizacijo in rehabilitacijo, boljši je tudi kozmetični rezultat (Kranjc, 2007).

Razvoj artroskopskih operativnih metod prinaša veliko sprememb tudi na področju zdravstvene nege. Organizacija dela zdravstveno-negovalnega osebja v dnevni bolnišnici ali na travmatološkem odseku mora biti prilagojena hitrejšemu tempu obravnave pacienta od njegovega sprejema v bolnišnico pa vse do odpusta (Seničar, 2005). Sicer pa ima tovrstni način obravnave pacientov svoje prednosti in pomanjkljivosti. Prednosti dnevne bolnišnice so: minimalna odsotnost iz normalnega življenja, čim hitrejša vrnitev v družinsko okolje, večje zadovoljstvo bolnikov, manjša nevarnost bolnišničnih infekcij, zmanjševanje čakalne dobe, neodvisnost operacije od razpoložljivosti postelj, točno določen datum operacije, večje število obravnavanih pacientov (Jeraj Uršič in Ostrožnik, 2006). Pomanjkljivosti ambulantnih posegov dnevne bolnišnice sta naslednji: vsi pacienti niso primerni za tak način operacij (kontraindikacije) in organizacijska zahtevnost (Logar, 2002). Načrtovani kirurški posegi v okviru dnevne bolnišnice postavljajo zdravstveno nego pred nove zahteve in izzive. Krajša hospitalizacija pomeni manj časa za vzpostavitev medosebnega stika, manj je časa za opazovanje in ocenjevanje pacienta (Humar, 2009).

Poučevanje pred operacijo ugodno vpliva na pacienta. Idealno je, če ima pacient dovolj časa, da se pripravi na operacijo. Najbolje je, če po odločitvi za operacijo dobi navodila, ki jih doma prebere in že prične z izvajanjem vseh potrebnih priprav, ki jih operativni poseg zahteva (spreminjanje škodljivih navad, učenje fizikalnih vaj za utrjevanje določenih delov telesa idr.). Pacienti, ki so tako pripravljeni, se počutijo boljše, so v boljši fizični kondiciji in ostanejo manj časa v bolnišnici. Poučevanje dan pred operacijo ima

manjši učinek, ker je pacienta preveč strah in ne sledi navodilom (Ivanuša in Železnik 2000).

Zaradi vedno krajšega časa obravnave pacientov v bolnišničnem okolju se tudi zdravstveno-negovalno osebje sooča s problematiko ustreznega izvajanja zdravstveno-vzgojnega programa. Zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre je pri artroskopski operaciji kolena pomembno predvsem zato, ker gre pacient domov še isti dan. Za pacienta je pomembno, da dobi čim več informacij o tem, na kaj naj bo pozoren, do kakšnih komplikacij lahko pride, da bo doma znal prepoznati simptome ter pravilno odreagirati na težave. Zato smo se odločili skozi študijo primera predstaviti, do kakšnih težav in odstopanj lahko pride v primeru slabe priprave pacienta na operativni poseg in posledično do upada kakovosti življenja po komplikacijah pri anesteziji.

## **1.1 Artroskopija kolena**

Artroskopijo uvrščamo med operativne posege, pri katerih s pomočjo artroskopa – endoskopa za pregledovanje sklepov in izvora hladne svetlobe natančno ocenimo, kaj se dogaja znotraj sklepnih struktur. S pomočjo artroskopije lahko postavimo končno diagnozo ali opravimo operativni poseg in tako oskrbimo najdeno lezijo ali pa odvzamemo le vzorec tkiva za nadaljnje preiskave (Kranjc, 2007). Najpomembnejše pri artroskopiranju je, da kirurg obdrži čistost območja, ki ga gleda tako, da se lahko dobro orientira. Sklep je treba razširiti, pri čemer si lahko pomagamo tako, da ga napolnimo s tekočino ali plinom. Večjo razširitev sklepa omogoča uporaba artroskopske črpalke. Če je sklep primerno razširjen, hidrostatski pritisk preprečuje krvavenje iz kapilar. Za razširitev sklepa najpogosteje uporabljamo raztopino Ringerjevega laktata. Za vstop v sklep se praviloma uporabljata dve mesti; pri medialnem vstopu je viden stranski del sklepa, pri lateralnem pa lahko dobro opazujemo notranji del sklepa. Lateralni vstop praktično omogoča pregled celega sklepa. Obstajajo še drugi vstopi, ki se uporabljajo redkeje (Tonin, 1993). Stražar (2004) meni, da ima artroskopija številne prednosti pred odprtimi operacijami. Omogoča natančnejši poseg ter pregled struktur in delov sklepa, ki se pri odprti operaciji kolena ne vidijo. Isti avtor navaja, da spada artroskopija med minimalno invazivne posege, ki so bistveno hitrejši od odprtih operacij, prednost je tudi v hitrejši rehabilitaciji ter manjši brazgotini. Uvedba artroskopij je zmanjšala pojavnost pooperativnih poškodb kolena.



**Slika 1: Grafični prikaz artroskopije (Kavčič 2008).**

Krajnc (2007) poudarja, da se za artroskopijo kolena zdravniki odločijo takrat, ko ima pacient s kolenom težave in so prisotne bolečine, ki jih kljub izčrpnim diagnostičnim postopkom ne znajo opredeliti ali pa so poškodbe tako hude, da jih ne moremo zdraviti konzervativno. Indikacije za artroskopijo so (Stražar, 2004):

- lezija meniskusa – najpogostejša indikacija za artroskopijo,
- Bakerjeva cista,
- degenerativne spremembe sklepa,
- osteohondralni zlomi,
- disekantni osteohondritis,
- prosta telesa v sklepu,
- izpah pogačice,
- sindrom povečanega lateralnega vleka pogačice,
- sindrom sinovilane debelike,
- poškodbe sprednje križne vezi,
- poškodbe zadnje križne vezi,
- znotraj sklepni zlomi,
- septični artritis.

Pred odločitvijo, ali bomo pacienta artroskopsko operirali, je treba sistematično izključiti zunajsklepne vzroke za zdravstvene težave. Skoraj vsako patologijo, ki prizadene znotraj sklepne strukture, pa lahko bolj ali manj uspešno zdravimo z artroskopijo. Dober klinični pregled in slikovna diagnostika močno zmanjšata potrebo po artroskopiji kot diagnostični metodi (Stražar, 2004). Krajnc (2007) navaja, da so absolutne kontraindikacije artroskopije kolena sistemska ali lokalna infekcija, motena cirkulacija in huda rigidnost sklepa.

Izvedba artroskopije kolena je odvisna od vrste poškodbe ali obolenja, ki ga z artroskopskim posegom zdravimo v lokalni, spinalni ali splošni anesteziji. Po namestitvi pacienta na operacijsko mizo sterilno očistimo predel, ki bo operiran. Na stegno

praviloma namestimo kompresijsko manšeto, ki omogoča krvno stazo v nogi med operacijo. Najpogosteje sta za izvedbo kolenske artroskopije potrebna dva drobna reza, eden za uvedbo optike in drugi za uvedbo instrumentov. Med posegom je kolenski sklep napolnjen s sterilno raztopino Ringerjevega laktata. Gre za posebno raztopino vode in elektrolitov, ki sklep izpira, ga nekoliko razteguje in tako omogoča dobro preglednost notranjosti sklepa. Pri posegu (glede na vrsto poškodbe ali obolenja) odstranimo okvarjeni ali, bolezensko spremenjeni predel tkiva, ali rekonstruiramo poškodovane vezi. Glede na obsežnost in zahtevnost posega čas operacije variira, giblje se od dvajset minut do dveh ur. Po posegu pacient odleži krajši čas v prebujevalnici, od koder je prepeljan nazaj na bolniški oddelk, še isti dan pa je odpuščen v domačo oskrbo (Artros, Center za ortopedijo in Športne poškodbe, 2014).

Hujši zapleti po artroskopiji kolena so redki, tako da pridobljene koristi po posegu odtehtajo tveganja. Zapleti se lahko pojavijo med operacijo ali po njej. Možna tveganja so (Ortopedska klinika, n. d.):

- krvavitev v kolenski sklep,
- poškodbe manjših kožnih vej živcev,
- pooperativna bakterijska okužba (vročina, tresenje, mrzlica, otekanje mehkih tkiv, rdečina kože ob sklepu, hujše bolečine, izcedek iz rane),
- nastanek krvnega strdka (venska tromboza, pljučna embolija),
- okorelost kolenskega sklepa,
- bolečine mišično-tetivnega tipa.

Večina pacientov, pri katerih je bila opravljena artroskopska operacija kolena, je z operacijo zadovoljna in se lahko kar hitro vrne na raven aktivnosti, ki so jo izvajali pred nastankom težav. Kranjc (2007) poudarja, da se je treba zavedati, da vsem pacientom težav s kolenom ne bodo popolnoma omilili. Pri nekaterih pacientih lahko v sklepu ostane občutek občasnega zbadanja in bolečine, vendar so to predvsem pacienti, pri katerih so prisotni znaki artroze sklepa.

## **1.2 Priprava na artroskopsko operacijo**

Kavčič (2008) navaja, da je pred operacijo potrebno opraviti osnovne preiskave pri osebnem zdravniku. Pri pacientih, mlajših od 40 let, je treba narediti hemogram, izmeriti potrombinski čas (PČ) in stopnja koagulacije strjevanja krvi (INR). Pri starejših pacientih je poleg naštetega potrebno narediti še rentgensko slikanje pljuč (RTG) ter elektrokardiogram (EKG). Navaja, da večino artroskopij kolena opravijo v enodnevni bolnišnici, v nasprotnem primeru so lahko pacienti tudi hospitalizirani na ortopedsko-travmatološkem oddelku. Pacienti na prvem pregledu dobijo ustrezna navodila. Seznanjeni so s časom in krajem, kjer se morajo na dan operativnega posega zgledati.

Na dan sprejema se pacient najprej oglasi v administraciji, kjer prevzame zdravstveno dokumentacijo, s katero gre na oddelk. Na oddelku ga sprejme medicinska sestra, ki



pregleda dokumentacijo, opravljene laboratorijske izvide ter EKG (izvidi ne smejo biti starejši od enega tedna). Če pacient s seboj ne prinese zahtevanih izvidov, se pacientu odvzame kri za preiskave, skladno z navodili zdravnika. Nato pacienta sprejme v ambulantno, kjer vzame negovalno anamnezo, pacientu poskuša odgovoriti na morebitna vprašanja, mu da v podpis dokumentacijo, potrebno za operativni poseg ter navodila zanj in za svojce. Pacientu izmeri vitalne funkcije (krvni tlak, pulz, temperaturo), telesno višino in maso. Pred operativnim posegom medicinska sestra obrije operativno polje. Zaradi preprečevanja infekcij je higiena telesa in kože ključnega pomena. Pomembno je, da pacienti na dan operativnega posega pri prhanju z milom nekaj minut intenzivno umivajo koleno. Pred operativnim posegom morajo pacienti odstraniti nakit, vse ortodontske pripomočke, slušne aparate in lak na nohtih. Zdravnika morajo seznaniti s svojim zdravstvenim stanjem, prejšnjimi in trenutnimi boleznimi (krvni tlak, srčna obolenja, sladkorna bolezen, astma, alergije) ter z zdravili, ki jih jemljejo (Bitenc, n. d.).

Pacient mora biti tako kot na vsako operacijo tudi na artroskopijo ustrezno psihično in fizično pripravljen. Pred operacijo mora biti zdrav; v primeru internističnih bolezni v kompenziranem stanju potrebujemo mnenje internista, da je sposoben za poseg. V primeru jemanja nekaterih zdravil je le-te potrebno predoperativno za nekaj časa prenehati jemati (npr. antiagregacijska zdravila vsaj tri dni pred posegom). O jemanju omenjene terapije odloča zdravnik – ortoped oziroma anesteziolog. V primeru jemanja antikoagulantnih zdravil je potreben predoperativni pregled v ambulantni, kjer vodijo pacientovo antikoagulantno zdravljenje (Krajnc, 2007).

Priprava pacienta na operacijo in anestezijo je zelo zahtevno področje kirurške zdravstvene nege. Pri starejših ljudeh je sposobnost za operativni poseg odvisna od obsega fizioloških sprememb, ki so nastale zaradi staranja, obsega in trajanja operacije in prisotnosti ene ali več kroničnih obolenj. Priprava pacienta na operacijo in anestezijo zahteva njegovo optimalno fizično in psihično kondicijo (Ivanuša in Železnik, 2000).

### **1.2.1 Anestezija pri artroskopski operaciji kolena**

V svetu za artroskopijo kolena najpogosteje uporabljajo področno anestezijo (spinalno ali epiduralno). Področna anestezija je stanje, ko ne zaznavamo bolečine na določenem delu telesa, ki je običajno tudi brez mišične moči (npr. roka, noga). To dosežemo z injiciranjem ustreznih zdravil (lokalni anestetiki) v področje živcev, ki ta predel oživčujejo. Pri tem je bolnik med posegom buden ali pod učinkom blagih pomirjeval drema (Estetika Ahčan, n. d.). Ker je pacient med posegom pri polni zavesti, omogoča regionalna anestezija komunikacijo med operaterjem in pacientom in s tem skupno odločanje med posegom. Epiduralni kateter, ki se lahko vstavi ob uvajanju regionalne anestezije, nam omogoča zadosten nadzor postoperativne bolečine. Možni so redki, a nekateri resni zapleti regionalne anestezije: prehodni glavoboli in motnje praznjenja mehurja, epiduralni hematom z možnimi trajnimi nevrološki posledicami, infekt, tudi mehanična poškodba živca. Področna anestezija odloži začetek rehabilitacije za več ur. Artroskopijo kolena lahko opravimo tudi v lokalni anesteziji. Od lokalnih anestetikov najpogosteje

uporabljamo lidokan ali buqivakain, lahko tudi v kombinaciji z adrenalinom. Poseg v lokalni anesteziji omogoča komunikacijo s pacientom in začetek rehabilitacije takoj po posegu; rednih zapletov med in po posegu je manj. Prednosti artroskopije v lokalni anesteziji so tudi ekonomske narave. Nekaterih artroskopskih posegov na kolenu ni mogoče narediti v lokalni anesteziji, takšna vrsta anestezije ni primerna za paciente, mlajše od 16. leta in za tiste, ki med posegom ne sodelujejo. Vsak pacient lahko sam izrazi željo po vrsti anestezije. Če so dani pogoji, se upošteva želja pacienta, sicer se morata o vrsti anestezije dogovoriti pacient in zdravnik – anesteziolog (primer, ko pacient želi epiduralno anestezijo, vendar ta ni možna zaradi deformacije vretenc) (Stražar, 2004).

Možni zapleti pri področni anesteziji so: neuspela ali delno uspela področna anestezija, bolečine ali podplutbe na mestu vboda, vnetje na mestu vboda, prehodne težave z uriniranjem, glavobol, podaljšano delovanje področne anestezije (omrtvičenost, mravljinčenje), nepopravljiva okvara živcev, popolni spinalni blok, krvavitev na mestu vbrizganja učinkovine, krvavitev v epiduralni prostor z nevrološki posledicami; zaradi danih učinkovin pa še šumenje v ušesih, moten vid, občutek vročine v glavi, omotičnost, upočasnen srčni utrip, zmanjšan krvni tlak, alergične reakcije vseh stopenj na vse učinkovine, izjemno redko smrt (Splošna bolnišnica Novo mesto).

### **1.3 Zdravstvena nega pacienta pri artroskopiji**

Razvoj artroskopskih operativnih metod prinaša veliko sprememb na področju zdravstvene nege. Organizacija dela zdravstveno-negovalnega osebja v enodnevni bolnišnici ali na travmatološkem oddelku mora biti prilagojena hitrejšemu tempu pacientove obravnave od njegovega sprejema v bolnišnico pa vse do odpusta (Seničar, 2005).

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo med boleznijo, zdravljenjem in okrevanjem. Izvaja jo diplomirana medicinska sestra, ki naloge zdravstvene nege opravlja samostojno (negovalna dejavnost), soodvisno (sodeluje z zdravnikom pri diagnostiki in terapiji) ter interdisciplinarno (sodeluje z drugimi strokovnjaki) (Ivanuša in Železnik, 2008). Bistvo sodobne zdravstvene nege, ki se pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna, saj po svojih zmožnostih in sposobnostih sodeluje pri zdravstveni negi. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje. Predstavlja poklic (v slovenskem prostoru se temu cilju približuje), ki ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne pristojnosti in odgovornosti ter stališča in vrednote (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Zdravstvena nega kirurškega pacienta zaradi patofizioloških motenj potrebuje kirurški nadzor, zdravljenje in zdravstveno nego ter rehabilitacijo. V bolnišnični zdravstveni negi je poudarek na zdravstveni negi, ki želi pacientu vrniti zdravje. Pri tem moramo upoštevati, da je potrebno pridobljeno zdravje vzdrževati in doseči najboljšo raven

delovanja. Medicinska sestra predstavlja v zdravstveni negi kirurškega pacienta pomembno vlogo, saj pomaga vzdrževati zdravje, preprečevati bolezen ter posledice, ki nastanejo zaradi dolgotrajnega ležanja. Te aktivnosti vključujemo v načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege med pripravo na operacijo, med in po njej ter pri načrtovanju odpusta pacienta. Zdravstvena nega vključuje aktivnosti učenja in svetovanja, motiviranje posameznika, družine ter skupnosti k zdravemu načinu življenja. Zdravstveno nego kirurškega pacienta delimo na preoperativno, medoperativno in pooperativno (Ivanuša in Železnik, 2000).

Seničar (2005) navaja, da prihajajo pacienti za artroskopsko operacijo kolena v večini na operativni poseg planirano. Načrt zdravstvene nege posameznega pacienta je odvisen od načina obravnave, ta pa od diagnoze in vrste operativnega posega, ki ga operater predvidi že ob pregledu v ambulantni. Standardiziran načrt zdravstvene nege ima prednosti, saj bistveno zmanjša obseg dokumentiranja. Organizacija, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege so kakovostnejši, če jih izvajamo po procesni metodi dela.

### **1.3.1 Zdravstvena nega pred operacijo**

Poučevanje pred operacijo ugodno vpliva na pacienta. Idealno je, če ima pacient dovolj časa, da se pripravi na operacijo. Najbolje je, če po odločitvi za operacijo dobi navodila, ki jih doma prebere in začne izvajati vaje. Ko je sprejet v bolnišnico, s pomočjo medicinske sestre ali fizioterapevta, vaje le ponovi. Pacienti, ki so tako pripravljeni, se počutijo boljše, so v boljši fizični kondiciji in ostanejo manj časa v bolnišnici. Poučevanje pacienta dan pred operacijo ni najbolj učinkovito, ker ga je preveč strah in ne sledi navodilom (Ivanuša in Železnik, 2008).

Zdravstveni tim mora v procesu priprave na operacijo pri pacientu natančno pogledati anamnezo ter opraviti fizični pregled. Pri pregledu dokumentacije podrobneje pregledamo, če ima pacient zabeležene alergije, morebitne akutne ali kronične bolezni, medikamentozno terapijo. Povprašamo tudi o družinski anamnezi (Lord Mackey in Manworren, 2007).

Medicinska sestra pacientu olajšuje okrevanje in mu pomaga pri vrnitvi ter vzdrževanju zdravja. To bo lažje dosegla, če ji bo pacient zaupal in bo z njo tudi sodeloval. Pacient mora po svojih močeh in zmožnostih aktivno sodelovati pri določanju pričakovanih uspehov, pri tem pa je (včasih) potrebno upoštevati tudi njegove želje in potrebe. Pomembno je, da je pacient na vsako intervencijo psihično in fizično pripravljen. Vključevanje pacienta (pa tudi svojcev) v načrt zdravstvene nege pomeni dobro pripravo na neprekinjeno zdravstveno nego, preden je pacient premeščen ali odpuščen iz ustanove (Ivanuša in Železnik, 2000).

Glavna naloga kirurške medicinske sestre je, da varuje in ščiti pacienta – zato mora imeti ustrezno znanje in izkušnje ter sposobnost, da se povezuje z drugimi člani zdravstvenega

in negovalnega tima; tako zagotavlja pacientu med kirurškim zdravljenjem uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego (Ivanuša in Železnik, 2002).

Ob sprejemu pacienta je pomembna njegova fizična in psihična priprava na operacijo. Fizična priprava pomeni, da pri vsakem pacientu opravimo rutinske preiskave (meritve krvnega tlaka, pulza in temperature). Opravimo tudi običajne laboratorijske preiskave (pregled krvi in urina). Pri vseh pacientih je pred operacijo dovoljeno normalno uživanje hrane – pacient mora biti brez hrane le 6–8 ur pred operacijo, odvisno od navodil zdravnika, oddelka ali ustanove (Ivanuša in Železnik, 2000). Pred operacijo pacienta tudi primerno higiensko pripravimo. Obrijemo operativno polje, odstranimo nakit, ortodontske pripomočke, slušne aparate in lak na nohtih.

Psihična priprava pacienta na operacijo je timsko delo. Sodelujejo zdravnik operater, zdravnik – anesteziolog, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt in drugi strokovnjaki. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri psihični pripravi pacienta na poseg. V tem času pacient doživlja velik strah pred operacijo, neznanim in morebitno invalidnostjo (Ivanuša in Železnik, 2008). Pacienti ne povedo, kaj jih skrbi, zato mora medicinska sestra na podlagi pacientovega vedenja in ravnanja odkrivati vzroke njegove zaskrbljenosti, jih oceniti in ga z njimi soočiti. Strah pacienta je manjši ob dobri psihični pripravljenosti na razne postopke in posege, ki jih bo medicinska sestra pri njem izvajala pred in po operaciji. Prav tako zmanjšamo strah, če pacienta seznanimo s pripomočki, kot so infuzija, kisik, urinski kateter itd., ki jih bo imel po operaciji ter kako dolgo jih bo imel, zakaj so potrebni ali ga bodo ovirali pri gibanju, higieni in drugih aktivnostih (Seničar, 2006). Psihična priprava pacienta na operativni poseg, obsega več strokovnih ukrepov zdravstvene nege. Ti ukrepi temeljijo na poznavanju pacientovega razumevanja bolezni in hospitalizacije (Drain, 2003).

Za pacienta in svojce so pomembne naslednje informacije (Seničar, 2006):

- namen in izvedba postopkov ter posegov,
- prehrana (zakaj mora biti tešč?),
- priprava kože in operativnega polja,
- namen premedikacije,
- transport v operacijsko sobo (čas in trajanje operacije),
- pomen sobe za zbujanje (prostor, v katerem se pacient zbujaja iz narkoze, poostrena kontrola vitalnih funkcij, vrnitev pacienta na oddelk po stabilizaciji vitalnih funkcij),
- pooperativne aktivnosti (gibanje, premikanje, obračanje, vzdrževanje proste dihalne poti, terapija s kisikom, infuzijska terapija, običajno zdravljenje akutne bolečine, nadzor nad rano, vstavljeni dreni).

Medicinska sestra si mora vzeti čas in prisluhniti pacientu ter svojcem in jim v okviru svojih kompetenc odgovarjati na vprašanja oziroma se dogovoriti za pogovor z

zdravnikom. Pri pogovoru poskrbimo za primeren prostor, tako da zagotavljamo zasebnost. Pomemben je očesni kontakt s svojcem ali pacientom, s čimer vzpostavimo občutek zaupanja (Seničar, 2006).

Pacient v času pred operacijo doživlja velik strah pred posegom, neznanim, morebitno invalidnostjo. Tesnoba se pri pacientu pojavi že ob pojasnitvi, da bo potrebna operacija, ter se konča, ko pacient prejme anestezijo. Strah vpliva na nadaljnje zdravljenje po operativnem posegu ter lahko poslabša fizično okrevanje. Naloga medicinske sestre je, da poskuša pred operativnim posegom ugotoviti, koliko strahu je prisotnega pri pacientu. Pacienti pred operacijo velikokrat ne povedo, kaj jih skrbi, zato mora medicinska sestra na podlagi pacientovega vedenja in ravnanja odkrivati vzroke njegove zaskrbljenosti, ga soočiti s temi vzroki in jih oceniti. Pri psihični pripravi pacienta na operacijo je treba upoštevati tudi pacientovo vero v izboljšanje (Seničar, 2006).

Humar in sod. (2010) opisujejo, da so pozornost, socialna interakcija in informiranje s poučevanjem nujno potrebni pri sprejemu in odpustu pacientov. Da bi bila zdravstvena nega vedno bolj usmerjena v pacienta, je potrebno ovrednotiti kakovost interakcij med medicinsko sestro in pacientom in upoštevati vidik pacientov ter njihove izkušnje.

### **1.3.2 Zdravstvena nega pacienta po artroskopski operaciji kolena**

Neposredno po artroskopiji sledi obdobje zbujanja iz narkoze, v prebujevalnici, ki traja od prihoda pacienta iz operacijske sobe v prebujevalnico do trenutka, ko je pacientovo zdravstveno stanje ustaljeno in je lahko premeščen na oddelek. V prebujevalnici s stalnim nadzorom, rednim merjenjem vitalnih funkcij in poostrenim opazovanjem dovolj zgodaj zaznamo grozeče komplikacije. Obstaja nevarnost hitrih, nezaželenih sprememb, ki nas opozorijo na razvoj pooperativnega šoka, respiratornih motenj itd. Izkušena, strokovno usposobljena medicinska sestra bo spremembe pravočasno zaznala in ustrezno ukrepala. Osnovna naloga medicinske sestre, po sprejetju operiranega bolnika v prebujevalnico, je kontinuirano opazovanje. Medicinska sestra mora imeti znanje in sposobnost, da prepozna spremembe ter pravočasno in pravilno ukrepa. Bolnika premestimo iz prebujevalnice, ko so doseženi naslednji kriteriji: vitalne funkcije so stabilne, bolnik je zbujen in lahko pokliče pomoč, če je potrebno, pooperacijski zapleti so bili natančno ovrednoteni in so kontrolirani, bolnik pa ima po regionalni anesteziji ponovno vzpostavljene motorične in senzorične funkcije v predelu anestezije (Ivanuš, Železnik, 2000). Po premestitvi na bolniški oddelek medicinska sestra pacientu namesti klicno napravo, nadzoruje njegove vitalne znake, poskrbi za aplikacijo infuzijske in antibiotične terapije, opazuje operativno mesto in preverja morebitno drenažo. Ocenjuje pacientovo bolečino in poskrbi za predpisano analgezijo, skrbi za hlajenje operiranega mesta (kriopak – ledene termo vrečke), nadzoruje popuščanje spinalne anestezije, poskrbi za pacientovo odvajanje. Poskrbi tudi za oskrbo pacienta s tekočino, mu pomaga pri nameščanju položaja v bolniški postelji in pri prvem vstajanju. Vse opravljene aktivnosti zabeleži v pacientovo dokumentacijo (Seničar, 2005). Zdravstvena nega je usmerjena neposredno v pomoč pacientu pri okrevanju, spremljanju in zmanjšanju morebitnih zapletov ter v

pripravo pacienta na odpust. V tem času pacientu priskrbimo pripomočke, ki jih bo potreboval pri vsakodnevnih aktivnostih (Ivanuša in Železnik, 2008).

Po operaciji kolena si pacienti koleno hladijo z ledom in izvajajo vaje za krepitev mišic. Teden dni po operativnem posegu bi morali biti sposobni za normalno hojo, po dveh tednih pa lahko normalno opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Če je v kolenu že prisotna artroza (obrada) ali poškodba hrustanca, se čas okrevanja podaljša. Prav tako je okrevanje daljše po zahtevnejših artroskopskih operacijah (šivanje meniskusa, sinoviektomija, rekonstrukcija ligamentov, operacija zaradi nestabilne pogačice, osteosinteza zloma) (Kavčič, 2008). Pacient ob odpustu dobi natančna ustna in pisna navodila (odpustno pismo, navodila za vaje) vsaj do prve kontrole v ortopedski ambulanti. Pooperativno je pri pacientih, operiranih v esmarhu, teden dni priporočeno antikoagulantno zdravljenje (Krajnc, 2007). Pacient je iz bolnišnice lahko odpuščen, na dan operacije, zvečer. Pred odpustom ga vedno pregleda operater, mu po potrebi previje rano in preda navodila za fizioterapijo, medicinska sestra pa poskrbi za pacientovo odpustno dokumentacijo, obleko in transport (Krajnc, 2007). Ko je pacient odpuščen iz bolnišnice naslednji dan, mu operater zjutraj previje rano, pacient pa pod vodstvom fizioterapevta začne s fizioterapijo in je odpuščen šele po ponovni kontroli operaterja z navodili za potek nadaljnje rehabilitacije. Po večjih operativnih posegih ostanejo pacienti hospitalizirani dlje časa, predvsem zaradi vodene fizioterapije (Seničar, 2005).

#### **1.4 Navodila ob odpustu pacienta domov s strani medicinske sestre**

##### **NAVODILA PACIENTOM, OPERIRANIM NA DNEVNEM ODDELKU PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE**

Bolnišnice po Sloveniji imajo pripravljena navodila, ki jih pacientom dajo ob odpustu. Vsebujejo priporočila glede možnih komplikacij kot posledica anestezije in operacije. V nadaljevanju predstavljamo najpogostejše napotke, ki jih mora dobiti pacient ob odpustu. Povzeta so po navodilih dveh slovenskih bolnišnic, Ortopedske bolnišnice Valdoltra in Splošne bolnišnice Jesenice.

Anestezija: Zdravila, ki jih pacienti dobijo med operativnim posegom za pomiritev ali spanje, lahko delujejo ves dan oziroma 24 ur po posegu, zato po prihodu domov pacientom svetujemo, da počivajo do naslednjega dne. Morebitni občutek zaspanosti, oslabelosti in omotičnosti bo postopoma prenehal.

Pomembno je, da v 24 urah po anesteziji pacient ne vozi avtomobila, ne upravlja delovnih strojev, ne pije alkohola ter ne sprejema pomembnih odločitev.

Če so pred operacijo dobili spinalno anestezijo in imajo po prihodu domov hud glavobol, ki po protibolečinskem zdravlilu ne popusti, v naslednjih dneh pa trd tilnik ali temperaturo in težave z odvajanjem kot pred operacijo (zaprtje, zastoj urina), je treba poklicati na oddelčno številko in zahtevati anesteziologa oziroma ortopeda – operaterja.

**Bolečina:** Verjetno bo prisotno nekaj bolečine kljub zdravilom, občutek pritiska in blage bolečine bo še vedno. Če postane bolečina neznosna in se tudi po uporabi protibolečinskega zdravila ne zmanjša, pokličite na številko bolnišnice oziroma oddelka in zahtevajte anesteziologa oziroma ortopeda ali dežurnega zdravnika.

**Prehrana:** Najprej se priporoča le tekočina, kot je čaj, voda, šele nato juha s prepečencem ali kruhom ter nato postopoma prehod na normalno prehrano. Če je pacientu slabo, je treba omejiti vnos hrane in tekočine, uživa naj jo po požirkih. V primeru, da pacient nima nobenih težav in ima dober tek, lahko uživa zdravo in uravnoteženo prehrano.

**Povišana telesna temperatura:** Po operativnem posegu je blaga povišana telesna temperatura v mejah normalnega, odgovor telesa na operativni poseg. Če ima pacient naslednji dan po operaciji temperaturo nad 38 °C, lahko pokliče svojega ortopeda oziroma oddelčno medicinsko sestro ali dežurno ekipo.

**Kirurška rana:** Pred odpustom se pacientu opravi pregled preveze operativne rane. Naslednja preveza operativne rane je potrebna čez dva dni. Prevezo operativne rane lahko pacient opravi pri svojem osebnem zdravniku. V primeru, da v tem obdobju pride do prekrvavljenja obveze, je potreben predhodni obisk pri osebnem zdravniku. Če slučajno pride do krvavitve iz rane, kar pomeni, da bi kri iztekala izpod same preveze, je potrebna kontrola v bolnišnici po dogovoru z oddelčno sestro oziroma dežurno ekipo.

**Varnost:** Zaradi pacientove varnosti se priporoča, da je preostanek dneva in ponoči ob njem odrasla in odgovorna oseba.

**Nasvet:** Elastični povoj po artroskopiji naj se odvijte pred spanjem. Noge nato ni treba poviti. Vbodne rane so zašite, vsaka z enim šivom, in prekrite z obližem. Obliž je vodoodporen, tako da lahko pacient prha. Obliž in šive se odstranijo 5.–7. dan po operaciji pri osebnem zdravniku.

## **2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

### **2.1 Namen**

Pri vsakodnevnem delu se v kliničnem okolju Ortopedske bolnišnice Valdoltra vse pogostejše srečujemo s pacienti v dnevni bolnišnici. Ker v omenjeni ustanovi do sedaj ni nihče analiziral problematike zdravstveno-vzgojnega dela medicinske sestre pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena, smo se odločili to področje podrobneje raziskati s pomočjo študije primera.

Z raziskavo želimo doseči, da bi bili pacienti in medicinske sestre bolj seznanjeni z morebitnimi komplikacijami po artroskopski operaciji, ki sicer veljajo za redke, vendar so pri majhnem številu pacientov možne.

### **2.2 Cilji**

Cilji v diplomski nalogi so:

- predstaviti obravnavo pacienta, ki je sprejet zaradi načrtovane artroskopske operacije kolena;
- predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z artroskopijo kolena pred, med in po operativnem posegu ter opredeliti njeno vlogo pri odpustu;
- ugotoviti potrebo po zdravstveni vzgoji in negi pacienta po artroskopski operaciji kolena.

### **2.3 Raziskovalna vprašanja**

1. Kako pomembna je zdravstvena vzgoja pacienta pri pripravi na artroskopsko operacijo kolena?
2. Koliko informacij dobijo pacienti o možnih komplikacijah operativnega posega in anestezije s strani zdravstveno negovalnega osebja in njihovem možnem vplivu na kakovost življenja po operaciji?



### 3 METODE DELA IN MATERIALI

#### 3.1 Vzorec

V študiji primera je sodeloval pacient, star 58 let, ki je bil v Ortopedski bolnišnici v Valdoltri hospitaliziran in operiran konec novembra 2015. Ima poklicno izobrazbo, je zaposlen in živi z družino.

#### Predstavitev pacienta pred artroskopsko operacijo kolena

Pacient B. R. z zdravniško diagnozo *Laesio menisci medialis et lateralis genus sinistri, Gonarthrosis sinistri*, star 58 let je pred artroskopsko operacijo kolena tehtal 89 kg, njegova telesna višina je 193 cm. Vitalne funkcije je imel v mejah normale. Izvide je prinesel s seboj od osebnega zdravnika, Hemogram in EKG sta bila v mejah normale. Partnerske in družinske odnose ima urejene. Partner ga spodbuja h gibanju. Psihično se počuti zdrav in do sedaj ni jemal psihofarmakoterapije. Alkohol ne uživa in kadi tudi ne. Pacient je pred operacijo ob večjem naporu čutil bolečino in oteklino v kolenu. Oteklino kolena je hladil z ledom. Bolečine si je lajšal z vodnimi kopelmi, mazilom Voltaren, hladnimi obkladki, občasno je zaužil tudi tableto Naklofen 75 mg. Po zdravnikovi oceni je bila indicirana artroskopija kolena. Pred operacijo je odvajal dva do trikrat na teden, prebava je bila urejena, z uhajanjem urina in prostato ni imel težav. Prostato je redno kontroliral na specialističnih pregledih. Zdravi se za arterijsko hipertenzijo, jemlje Prenessa 4 mg, po 1 tbl zjutraj. Pred operacijo ni potreboval pripomočkov za gibanje. Ugotavljal je, da je zaradi prisotnih bolečin v kolenu, težko hodil predvsem navzdol. Spal je dokaj dobro, 6–7 ur na noč. Ponoči se je zaradi smrčanja občasno prebujal. Pacient se zaveda nevarnosti v okolju, pripomočkov ne uporablja. Pred operacijo je imel občasne bolečine v hrbtenici, desnem komolcu in obeh kolenih. Velike težave so se začele pojavljati tudi pri gibanju in delu, zato se je odločil za operacijo. V mladih letih se je ukvarjal s športom, kar je po njegovem mnenju posledica poškodb kolen. Sledili sta artroskopski operaciji kolen. Po mnenju zdravnika obstaja verjetnost, da bo potrebna endoproteza kolena.

#### 3.2 Merski pripomočki in instrumenti

V teoretičnem delu smo analizirali tujo in slovensko literaturo, strokovne knjige (zbornike, priročnike, učbenike, revije) in elektronske vire, ki zajemajo področje artroskopije kolena in pripravo pacienta na operacijo ter zdravstveno nego kirurškega pacienta.

V empiričnem delu smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja, študijo primera pacienta po artroskopski operaciji kolena. Intervju z vnaprej pripravljenim vprašalnikom, ki je vseboval šest vprašanj, smo opravili takoj po operaciji in dva meseca po njej. Anamneza ugotavljanja stanja je bila narejena dvakrat, in sicer takoj po operaciji in dva meseca po operativnem posegu. Za opis študije primera smo uporabili zdravstveno

negovalno dokumentacijo. Zanimalo nas je, ali je bila zdravstvena vzgoja medicinskih sester, o pripravi na operativni poseg, kvalitetna. S pomočjo konceptualnega modela V. Handerson po štirinajstih osnovnih življenjskih potrebah smo ocenili aktivnosti, ki jih imajo tovrstni pacienti v domačem okolju neposredno po odpustu iz bolnišnične obravnave.

Pacientu smo zastavili naslednja vprašanja:

- Ste poznali potek artroskopije?
- Ste poznali in bili obveščeni o posledicah – komplikacijah po operativnem posegu s strani medicinske sestre?
- Vas je bilo pred operacijo strah oz. ste imeli negotov občutek?
- Kako ste občutili komplikacije na osebostnem nivoju?
- Se vam zdi, da ste dobili dovolj informacij na kaj morate biti pozoren po artroskopiji in anesteziji ob odhodu domov?
- Ali ste s strani medicinske sestre dobili dovolj informacij?

### **3.3 Potek raziskave**

S pacientom smo, dva meseca po artroskopiji kolena, opravili intervju. S tem se je strinjal, je tudi aktivno sodeloval. Intervju je potekal v domačem okolju. Pisno je privolil v študijo primera in sodelovanje v raziskovanju. Intervju s pacientom smo izvedli v mirnem in tihem prostoru, brez zunanjih motenj.

Pred začetkom intervjuja smo pacienta seznanili z namenom in metodo raziskovanja. Predstavili smo mu možnost zavrnitve sodelovanja in način objave podatkov (za ime in priimek so bile uporabljene inicialke, tako da je zagotovljena zaupnost podatkov). S strani etične komisije Ortopedske bolnice Valdoltra smo dobili odobritev za uporabo zdravstvene dokumentacije. Upoštevali smo Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.

## 4 REZULTATI

Za opis stanja pacienta smo uporabili konceptualni model Virginije Henderson po operaciji pred odpustom iz bolnišnice ter dva meseca po operaciji.

Opis pacientovega stanja smo razdelili na dve obdobji.

### 4.1 Predstavitev pacienta takoj po artroskopski operaciji kolena

Pacient se je po operaciji počutil dobro, vitalne funkcije so bile v mejah normale, v času, ko je bil v prebujevalnici in v času na oddelku. Takoj po sprejemu na oddelek so mu bile vitalne funkcije, merjene prvo uro na 15 minut, nato pa še dve uri na pol ure. Ves ta čas so bile v mejah normale. Ob 14. uri, na dan operacije, tri ure po operativnem posegu, mu je bila odstranjena drenaža. Uriniral je spontano. Popoldan je bil odpuščen v domačo oskrbo. S seboj je dobil tudi tablete proti bolečinam, Naklofen 75 mg, z navodilom, da jih vzame dvakrat dnevno. Svojci so dobili navodila za nego v domačem okolju.

Pri pacientu po artroskopski operaciji kolena ni bilo posebnosti, rane so bile brez hematoma v okolici, zašite s finim šivom, ki je na ranah ostal po navodilu operaterja – ortopeda še deset dni. Pacient je dobil navodila o fizioterapiji, o razgibavanju kolena v domačem okolju, hlajenju kolena in navodila za hojo z berglami štirinajst dni po operativnem posegu. Pri hoji naj operirano nogo samo polaga, po štirinajstih dneh naj berge opusti. Po potrebi naj vzame analgetik, ki ga je prejel ob odpustu. Priporočeno mu je bilo postopno gibanje na prostem brez večjega naprezanja. Po prihodu domov je opazil, da ne more normalno odvajati urina, zaradi vseh teh težav je bil obravnavan pri urologu, kjer so mu diagnosticirali overflow inkontinenco. Overflow inkontinenca je lahko posledica zapore sečnice (najpogosteje zaradi povečane prostate ali zoženja sečnice) ali pa oslabele krožne mišice mehurja (detruzorja). Posledično urin zastaja v mehurju in, ko je ta povsem poln, lahko že vsak dodaten priliv urina v mehur ali pa rahlo povečan pritisk na mehur povzroči uhajanje urina po kapljicah. Pacient občuti močno tiščanje na vodo, vendar ta odteka le po kapljicah (Medicinski center Podnar).

Pri pacientu smo, po operaciji, uporabili konceptualni model Virginije Henderson, ker sta se nam izpostavila dva negovalna problema izmed štirinajstih življenjskih aktivnostih.

#### **Bolečina**

*Definicija:* Verbalno poročanje o močnem neugodju (bolečina), ki traja manj kot šest mesecev (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- verbalno poročanje o močnem neugodju (bolečina),
- previdno obnašanje,
- nemir, vzdražljivost,

- specifično obnašanje za olajšanje bolečine (nemirna hoja).

*Vzročni ali z njimi povezani dejavniki:*

- pomanjkanje znanja za obvladovanje bolečine.

*Dejavniki tveganja:*

- stanje po operacijah.

*Negovalni cilji:*

- pacient bo pravočasno opazil in začel lajšati bolečino,
- pacient bo poučen o jemanju analgetika, bolečina bo zmanjšana.

*Aktivnosti zdravstvene nege:*

- pacientu predati znanje o možnih načinih lajšanja bolečin (uporaba analgetika, sprememba položaja, plavanje, masaže itd.),
- svetovati posvet z osebnim zdravnikom oziroma ortopedom.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je poučen o načinih lajšanja bolečine in z uporabo analgetikov.

## **Nevarnost padca**

*Definicija:* Zvišano tveganje za padce, ki bi lahko povzročili poškodbo (Gordon, 2006).

*Dejavniki tveganja:*

- uporaba pripomočkov (bergle),
- postoperativno stanje,
- slabša fizična mobilnost in motnje v ravnotežju,
- motnje v ritmu hoje.

*Negovalni cilji:*

- pacient bo previden pri hoji in pozoren ob uporabi pripomočkov.

*Aktivnosti zdravstvene nege:*

- pacienta poučiti o pravilni hoji z berglami.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je podučen o pravilni hoji z berglami in da mora biti zaradi pooperativnega stanja pozoren na motnje v ritmu hoje.

## **4.2 Predstavitev pacienta dva meseca po artroskopski operaciji kolena z uporabo teorije po Virginiji Henderson**

Pri pacientu je prišlo do zapletov po artroskopiji kolena, ki so vplivali na kvaliteto njegovega življenja. Aktivnosti zdravstvene nege in vloga medicinske sestre so najpogostejše usmerjene v pomoč, svetovanje in podporo pri izvajanju osnovnih pacientovih potreb. Naredili smo oceno stanja pacienta po konceptualnem modelu Virginije Henderson, s katerim smo ugotavljali potrebe po zdravstveni negi.

### **Dihanje**

Dva meseca po operaciji je dihanje normalno, saj pacient tudi ob naporu z dihanjem nima težav. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

### **Prehranjevanje in pitje**

Po operaciji artroskopije kolena je pacient spremenil način prehranjevanja, začel je uživati pretežno zdravo prehrano z manj maščob, sladkorjev in škrobnatih živil, z veliko balasta in vlaknin. Dnevno popije 2000 ml vode ter čaja in 500 ml Donata Mg, sladkim in gaziranim pijačam se izogiba. Zaužije 3–4 obroke dnevno, poskuša se držati načel zdrave prehrane. Dva meseca po operaciji se je pacientu telesna teža sicer zmanjšala, a je ITM še vedno v mejah normale (ITM je 21). Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalne diagnoze.

### **Odvajanje in izločanje**

Dva meseca po operaciji artroskopije kolena se je prebava pacientu nekoliko uredila, vendar odvaja še vedno s pomočjo odvajal. Težave s overflow inkontinenco, so se zmanjšale, niso pa odpravljene, zato smo izpostavili negovalni diagnozi: *urin, overflow inkontinenca in spremenjena funkcija izločanja blata – obstipacija*.

#### Urin, overflow inkontinenca

*Definicija:* Neprostovoljno izločanje urina, tudi manj kot 50 ml zaradi poraslega pritiska v trebušni votlini (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- uhajanje urina po kapljicah ob zvišanem abdominalnem pritisku (kihanje, kašljanje, vstajanje z nizkega sedeža),
- pogosto uriniranje (pogostejše kot vsaki dve uri).

*Vzročni ali z njimi povezani dejavniki so:*

- predolgi premori v dnevnem uriniranju,
- nekontrolirano uhajanje urina ponoči,
- posledica spinalne anestezije.

*Dejavniki tveganja:*

- oslabljeni medenični mišice,
- nevrološke okvare zaradi posledic anestezije.

*Negovalni cilji:*

- kakovost življenja bo izboljšana,
- psihični in telesni problemi bodo zmanjšani,
- pacient se bo aktivno vključeval v družabno življenje,
- pacient bo poučen o stresni inkontinenci,
- pacient bo poučen o pomenu in izvajanju Keglovih vaj,
- pacient bo odšel na nadaljnje preglede k specialistu – urologu.

*Aktivnosti zdravstvene nege so:*

- pogovoriti se s pacientom o stresni inkontinenci,
- ga poučiti o izvajanju Keglovih vaj, da mora pred začetkom izvajanja vaj izprazniti mehur in črevo. Keglove vaje so sestavljene iz dolgih in kratkih stiskov, stiskanja med kašljanjem, stiskanja med počepom, teka in hoje z utežjo. Svetujemo, da izvaja vaje redno, 1–2 krat dnevno;
- mu svetovati pitje zadostnih količin tekočine najkasneje do 18. ure zvečer, da bo lahko nemoteno spal,
- mu v primeru ne izboljšanja svetovati uporabo plenice med spanjem,
- pregled pri specialistu in redne kontrole.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient izvaja Keglove vaje in je odšel na nadaljnje preglede k specialistu – urologu.

Spremenjena funkcija izločanja blata – obstipacija

Pri pacientu smo ugotovili obstipacijo, ki se kaže v nerednem in pomanjkljivem izločanju blata, ter popolni nezmožnosti odvajanja blata brez uporabe odvajal. Pacient je tožil o bolečinah pri odvajanju in slabem počutju.

*Definicija:* Znižana frekvenca izločanja blata, ki jo spremlja težavno ali nepopolno izločanje trdega, suhega blata (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- suho, trdo oblikovano blat, ki ga včasih tudi ni mogoče izločiti,
- verbalno poročanje o pritisku ali občutku polnosti v rektumu,
- bolečine v trebuhu in krči,
- napenjanje pri izločanju blata.

*Vzročni ali z njimi povezani dejavniki:*

- čustveni stres,
- prehrana brez balastnih snovi.

*Dejavniki tveganja:*

- zapleti po kirurških posegih (posledica anestezije),
- čustveni stres.

*Negovalni cilji:*

- pacient bo odvajal normalno enkrat dnevno,
- konsistenca blata bo normalna,
- pacient se bo prehranjeval z lahko, želodčno prehrano z veliko balastnih snovi,
- po potrebi bo uporabljal predpisana odvajala.

*Aktivnosti zdravstvene nege:*

- pacient bo spremenil način prehranjevanja in spil zadostno količino tekočine,
- pacient se bo dovolj gibal,
- po potrebi bo uporabil predpisano odvajalo.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je nasvete sprejel, sodeluje in je podučen o stresni inkontinenci in obstipaciji.

**Gibanje in ustrezna lega**

Pacient dva meseca po operaciji ugotavlja, da se je drža telesa spremenila, hodi težko, saj ne čuti prstov in dela stopala leve noge. Meni, da je okoren, zato mu vsakodnevno delo, urejanje okolice in vrta predstavljajo težave. Tudi fizično je postal nesiguren, saj se giblje s težavami in zato tudi obstaja velika nevarnost padca. Izpostavili smo negovalno diagnozo: *mobilnost, nepopolna telesna mobilnost*.

### Mobilnost, nepopolna telesna mobilnost

*Definicija:* Omejitev v samostojnem ciljanem telesnem gibanju v okolju (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- nestabilnost v izvajanju dnevnih aktivnosti,
- zmanjšan nadzor nad mišicami,
- spremembe v hoji (upočasnjena hoja, majhni koraki).

*Vzročni ali z njimi povezani dejavniki:*

- nesposobnost aktivnosti (hoja v hribe),
- otrdelost sklepov ali kontrakcije (omejena gibljivost),
- bolečina, neugodje.

*Negovalni cilji:*

- pacient bo s pomočjo masaž in fizioterapije vzpodbujal mišice leve noge,
- poskušal bo nemoteno opravljati vsakodnevne aktivnosti,
- poskušal bo najti pravo vadbo zase, ki mu bo najbolj koristila.

*Aktivnosti zdravstvene nege so:*

- pogovor s pacientom, spodbujanje in motivacija h gibanju in opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je nasvete sprejel in jih bo poskušal realizirati.

### **Spanje in počitek**

Po operaciji pacient slabše spi in se ponoči prebuja zaradi pogostega in občasno nekontroliranega uhajanja urina. Zbuja se tudi zaradi krčev v nogah. Spi po dve uri skupaj. Postavljena negovalna diagnoza je *spremenjen ritem spanja*.

### Spremenjen ritem spanja

*Definicija:* Prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje pri opravljanju dnevnih aktivnosti (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- prekinitev spanja, pogosto prebujanje,
- težave s spanjem,



- naraščajoča vzdražljivost, nemir,
- občutek nespočitosti.

*Vzročni ali z njimi povezani dejavniki so:*

- bolečina,
- periodično gibanje z okončinami (nočni mišični krči).

*Negovalni cilji:*

- pacient bo kvalitetnejše spal,
- ponoči se ne bo prebujal.

*Aktivnosti zdravstvene nege so:*

- pacient bo pred spanjem pil manjše količine vode,
- pacient bo obiskal osebnega zdravnika in se z njim pogovoril o možni medikamentozni terapiji.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je nasvete upošteval in obiskal osebnega zdravnika.

## **Oblačenje**

Pacient je rad urejen, oblači se športno-elegantno. Pri oblačenju je samostojen. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Vzdrževanje normalne telesne temperature**

Pacient nima problemov z vzdrževanjem primerne telesne temperature, ne navaja odstopanj glede telesne temperature. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Osebna higiena in nega telesa**

Pacient se dva meseca po operaciji lahko zaradi zaceljene rane prha. Prha se enkrat dnevno oziroma po potrebi. Lase in lasišče si umije dvakrat tedensko. Zobe si umiva trikrat dnevno. Ugotavljamo, da je pacient vedno čist in urejen, z osebno higieno in nego telesa nima težav, zato nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Izogibanje nevarnostim v okolju**

Operativna rana dva meseca po operaciji pacientu ne povzroča bolečin in ne potrebuje analgetične terapije. Rana je lepo zaceljena. Meni, da so se po operaciji bolečine v kolenu

zmanjšale, a so prisotne v hrbtu in drugih sklepih. Ker so bolečine še vedno prisotne, smo izpostavili negovalno diagnozo: *bolečine v hrbtenici, gležnjih, petah*.

#### Bolečine v hrbtenici, gležnjih, petah

*Definicija:* Verbalno poročanje o močnem neugodju (bolečina), ki traja manj kot šest mesecev (Gordon, 2006).

#### *Lastnosti:*

- verbalno poročanje o močnem neugodju (bolečina),
- previdno obnašanje,
- nemir, vzdražljivost,
- specifično obnašanje za lajšanje bolečine.

#### *Vzročni ali z njimi povezani dejavniki so:*

- stoječe delo,
- degenerativne spremembe v skeletu,
- pomanjkanje znanja za obvladovanje bolečine.

#### *Dejavniki tveganja:*

- stanje po operacijah.

#### *Negovalni cilji so:*

- pacient bo pravočasno opazil in začel lajšati bolečino,
- pacient bo znal lajšati bolečino tudi na nefarmakološki način,
- pacient bo poučen o jemanju predpisanega analgetika, bolečina bo zmanjšana ali odpravljena.

#### *Aktivnosti zdravstvene nege:*

- poučiti pacienta o lajšanju bolečin na nefarmakološki način s pomočjo spreminjanja položaja telesa, telovadbe, plavanja, s sproščanjem, masažami in vsem, kar pacientu prija;
- priporočiti pacientu posvet z osebnim zdravnikom oziroma ortopedom.

#### *Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pacient je podučen o lajšanju bolečine na nefarmakološki način in pomenu previdnosti jemanja predpisanega analgetika. Bolečina pri pacientu je zmanjšana.

## **Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov**

Dva meseca po operaciji je pacient nejevoljen, razočaran. Počuti se nekoristen, nesiguren in omejen v gibanju, saj ima odvzeto funkcijo stopala. Izpostavili smo negovalno diagnozo: *telesna podoba, moteno doživljanje telesne podobe*.

### Telesna podoba in moteno doživljanje telesne podobe

*Definicija:* Negativni občutki v zvezi z izgledom, funkcijo ali omejitvami lastnega telesa ali telesnih delov (Gordon, 2006).

*Lastnosti:*

- verbalno opisna dejanska ali namišljena sprememba v strukturi ali v funkcijah telesa ali telesnih delov.

*Vzročni in z njimi povezani dejavniki so:*

- nesprejemanje telesnih sprememb.

*Dejavniki tveganja:*

- spremenjene ali izgubljene telesne funkcije.

*Negovalni cilji:*

- vzpostavljena bo komunikacija in zaupanje pri pacientu,
- tesnoba bo zmanjšana ali odpravljena,
- pacient se bo znal vključevati v družbo.

*Aktivnosti zdravstvene nege:*

- verbalno komunicirati s pacientom in ga spodbuditi, da se bo stanje še popravilo,
- izvajati terapevtski dotik,
- spodbujati pacienta k druženju in komuniciranju z ljudmi.

*Vrednotenje zdravstvene nege:*

- pri pacientu se je negativen občutek v zvezi zaupanjem le nekoliko zmanjšal.

## **Izražanje verskih čustev**

Pacient ne izraža verskih čustev. Je ateist. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Koristno delo**

Pacient dva meseca po operaciji občasno opravlja lažja dela na vrtu in v okolici. Na svojem vrtu prideluje zelenjavo, ki jo uporablja v gospodinjstvu. Zelo rad ureja okolico hiše ter sadovnjak in trte, kjer ni veliko hoje in lahko stoji na mestu zaradi sigurnosti. Težjih opravil pa ne zmore več opravljati. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Razvedrilo, rekreacija**

Dva meseca po operaciji pacient nima izdelanega načrta telovadbe oziroma fizioterapije, pove pa, da vsak dan hodi na daljše sprehode, kolesari na sobnem kolesu in plava v bazenu. Počasi in redno nadgrajuje svoje gibanje. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **Učenje, pridobivanje znanja o zdravju**

Pacient je podučen o poteku nadaljnjega zdravljenja. Veliko informacij mu je podalo zdravstveno osebje, nekaj literature na temo komplikacij po operaciji in anesteziji je poiskal sam. V podpis je pred operacijo dobil tudi soglasje o operativnem posegu in anesteziji. Meni, da je delno zadovoljen z zdravstvenim osebjem, saj bi lahko dobil več informacij o anesteziji in njenih komplikacijah. Po njegovem mnenju je bila začetna rehabilitacija naporna in težka. Pacient se zaveda pomena skrbi za svoje zdravje. Pri tej življenjski aktivnosti nismo izpostavili negovalnih diagnoz.

## **4.3 Intervju s pacientom**

### **Ste poznali potek artroskopije?**

*»Potek artroskopije sem poznal, saj sem bil operiran na desnem kolenu, malo več kot leto dni nazaj, v letu 2014. Ortoped me je tudi na predhodnih pregledih informiral o poteku operacije in dneva ter kasnejši rehabilitaciji. Takrat sem dobil podrobnejše informacije o artroskopiji, operativnem posegu in anesteziji. Določene informacije sem prebral tudi preko spletnih strani«.*

### **Ste poznali in bili obveščeni o posledicah – komplikacijah anestezije?**

*»O anesteziji sem več informacij dobil pri prvi artroskopiji, ko se mi je anesteziolog posvetil. Pred operacijo sva se pogovorila, po operaciji me je prišel tudi pogledat, ker pa je od takrat minilo leto, sem veliko pozabil. Sedaj, pri tej operaciji, pri kateri je prišlo do komplikacij oziroma problemov po anesteziji nisem imel nobenega pogovora oziroma kontakta z anesteziologom. O komplikacijah in o tem, na kaj naj bom pozoren po operaciji doma pa nisem dobil nobenih podrobnejših informacij, kar se mi zdi, da bi bilo treba, saj potem znaš lažje odreagirati v dani situaciji. Pogrešal sem obisk zdravnika oziroma*

*anesteziologa pred odpustom domov, saj je vse prepuščeno medicinskim sestram, čeprav bi najboljšo oceno podal prav zdravnik.«*

**Vas je bilo pred operacijo strah oz. ste imeli negotov občutek?**

*»Pred operacijo me ni bilo strah, saj sem imel dobro izkušnjo pri prvi operaciji, ko ni bilo nikakršnih problemov oziroma zapletov. Vse je potekalo kot mora. Dobil sem informacije iz vseh strani tako od zdravstveno negovalnega tima kot od ortopeda ter anesteziologa. Zato sem bil sedaj, v drugo, toliko bolj prepričan o uspehu in nisem niti razmišljal negativno.«*

**Kako ste občutili komplikacije na osebnostnem nivoju?**

*»Zelo, saj se mi je porušila samozavest, počutil sem se zelo razočaran. Še posebno, ko mi je približno mesec dni po operaciji začela ponoči nekontrolirano uhajati voda, sem se počutil kot invalid in nihče od zdravnikov ni verjel, da bi te težave bile od anestezije. Bil sem razočaran, saj sem na operacijo odšel zdrav, po njej sem pa uničen, saj občutim konstantne bolečine v trebušni votlini, nogi in imam probleme s spanjem.«*

**Se vam zdi, da ste dobili dovolj informacij, na kaj biti pozoren po artroskopiji in anesteziji ob odhodu domov?**

*»Ne, menim, da nisem dobil dovolj informacij, na kaj biti pozoren, razen morebitnih bolečin, za kar pa sem tudi dobil protibolečinske tablete, vendar so se te informacije nanašale predvsem na samo artroskopijo kolena in bolečine v kolenu. Glede stranskih učinkov anestezije pa nisem dobil nikakršnih dodatnih pojasnil, razen, da je po njej mogoča slabost, drugih informacij pa nisem prejel.«*

**Ali ste dovolj informacij dobili s strani medicinske sestre?**

*»Glede anestezije mislim, da nisem dobil dovolj informacij. Predvsem, na kaj naj bom pozoren doma. Pred odpustom me je medicinska sestra opozorila na morebitne bolečine in mi dala protibolečinske tablete. Pričakoval sem vsaj navodila v pisni obliki, združena na enem mestu, če že ni bilo časa za pogovor, svetovanje in nasvete.«*

## 5 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo obravnavali pacienta, s planirano artroskopsko operacijo kolena. Delo medicinske sestre pri obravnavi pacienta je, da ga kakovostno pripravi na operativni poseg, ga ob tem psihično umiri in spodbudi k sodelovanju. Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni notranje ravnoesje. Vsak operativni poseg je tvegan, saj je prisotnih več dejavnikov, na katere ne moremo vplivati in so zato nepredvidljivi. Naloga zdravstvenih delavcev je, da se osredotočijo na dejavnike, na katere se da vplivati. Pripravo na načrtovani operativni poseg delimo na psihično in fizično pripravo (Mežek in Martelj, 2015). Pomembno je, da pacient že pred operacijo dobi s strani zdravnika in zdravstvenega osebja dovolj informacij o načrtovanem operativnem posegu in anesteziji ter poteku zdravljenja.

V diplomski nalogi smo zastavili naslednje cilje, da predstavimo obravnavo pacienta, ki je sprejet zaradi načrtovane artroskopske operacije kolena, predstavimo naloge in vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta na artroskopijo kolena pred, med in po operativnem posegu ter opredelimo vlogo medicinske sestre pri odpustu, kar smo naredili v teoretičnem delu naloge. Opisali smo artroskopijo kolena in vlogo medicinske sestre pri pripravi pacienta na operativni poseg in na pooperativno okrevanje. Izpostavili smo pomen po zdravstveni vzgoji in negi pacienta po artroskopski operaciji kolena.

Ugotovili smo, da je kakovostna priprava pacienta na operativni poseg artroskopije kolena in vloga medicinske sestre pri pripravi le tega, ključnega pomena, saj v primeru, da pacient nima dovolj informacij, lahko privede do komplikacij, ki se jim želimo izogniti. V nasprotnem primeru kakovostno podajanje informacij zdravstvenega osebja, pacientu olajša okrevanje in prispeva k čimprejšnjemu samostojnemu opravljanju vseh življenjskih aktivnosti.

Eden od ciljev je bil tudi predstavitev negovalnih problemov pri pacientu po artroskopski operaciji kolena skozi študijo primera. Študije primera so bile med prvimi vrstami raziskav na področju kvalitativne metodologije. Danes obsegajo velik del strokovnih monografij in člankov v psihologiji, zgodovini, vzgoji in izobraževanju ter medicini, če naštejemo le nekaj najbolj temeljnih ved. Veliko tega, kar danes vemo o empiričnem svetu, smo pridobili iz raziskav študij primera, prav tako pa študije primera najdemo v mnogih najbolj cenjenih klasičnih delih v vseh disciplinah (Flyvbjerg, 2011).

V študiji primera smo opisali in predstavili potek dogodkov od sprejema pacienta na oddelek do odpusta iz bolnišnice, ter z njim opravili intervju dva meseca po operativnem posegu artroskopije kolena. Skozi pregled evalvacij pred operativnim posegom in po njem je razvidno, kako je zdravstveno stanje pacienta nihalo in katere so ključne življenjske aktivnosti, ki so izpostavljene in vplivajo na njegovo počutje in zdravje. To so: odvajanje in izločanje, gibanje in ustrezna lega, spanje in počitek, izogibanje nevarnostim v okolju, odnos ljudi in izražanje čustev, občutkov ter učenje in pridobivanje znanja o razvoju in zdravju. Če pogledamo izpostavljene življenjske aktivnosti, ki so tudi

izpostavljene negovalne diagnoze, vidimo, da negovalne diagnoze natančno opisujejo deficit v izvajanju določenih življenjskih aktivnostih. Opazili smo, da določene življenjske aktivnosti ne vplivajo na pacienta in nimajo posebnega vpliva na izboljšanje trenutnega stanja, izpostavljene življenjske aktivnosti pa vplivajo na kakovost njegovega življenja. Narava negovalnega problema je takšna, da ga medicinska sestra s pomočjo svojega strokovnega znanja, v okviru svojih poklicnih pristojnosti, lahko ugotovi in razreši (Pajnkihar, 1999). Štirinajst življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson nam v grobem zagotavlja celostno obravnavo pacienta.

Pri pisanju diplomske naloge smo postavili dve raziskovalni vprašanji, na kateri smo poskušali odgovoriti. Z raziskavo smo ugotavljali, kako pomembna je zdravstvena vzgoja pacienta pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena. Z drugim vprašanjem, pa koliko informacij dobijo o celostni obravnavi in operaciji ter ali to vpliva na kakovost življenja. Na zastavljena vprašanja smo odgovorili s pregledom obstoječe literature in študije primera.

V okviru raziskovalnega vprašanja nas je zanimalo, kako pomembna je zdravstvena vzgoja pacienta pri pripravi na artroskopsko operacijo kolena.

Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena je odgovorna, saj lahko s pogovorom prežene marsikateri strah in dvom do operativnega posega. Pacientu je pomemben že prvi stik z medicinskim osebjem in odnos medicinskega osebja skozi celotno zdravstveno obravnavo. Pomembno je, da si pacient že ob sprejemu ustvari o nas pozitivno mnenje in da pridobi zaupanje, kar predstavlja osnovo, da mu ne bo težko postavljati vprašanj. Le s skupnim sodelovanjem lahko dosežemo kakovostno obravnavo. Vloga medicinske sestre je, da dobro poskrbi za pacienta ob sprejemu na oddelek in ga ustrezno pripravi na operativni poseg. Pacient pričakuje, da bo od medicinske sestre dobil odgovore na vsa vprašanja, ki se nanašajo na njeno področje dela. Dobro informiran pacient bo znal pravilno ravnati v primeru komplikacij in v korist uspešne rehabilitacije. Zato je pomembno, da je medicinska sestra pripravljena sprejemati odgovorne naloge, je strokovno usposobljena, empatična in zna prisluhniti pacientu. Prav tako je za pacienta poleg dobre oskrbe in dobrega zdravstvenega tima pomembna spodbuda iz domačega okolja.

Razvoj artroskopskih operativnih metod prinaša veliko sprememb tudi na področju zdravstvene nege. Organizacija dela zdravstveno-negovalnega osebja v dnevni bolnišnici ali na travmatološkem oddelku mora biti prilagojena hitrejšemu tempu pacientove obravnave od sprejema v bolnišnico pa vse do odpusta (Seničar, 2005). Tovrstni način obravnave pacientov ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Prednosti dnevne bolnišnice so: minimalna odsotnost iz normalnega življenja, čim hitrejša vrnitev v družinsko okolje, večje zadovoljstvo bolnikov, manjša nevarnost bolnišničnih infekcij, zmanjševanje čakalne dobe, neodvisnost operacije od razpoložljivosti postelj, točno določen datum operacije, večje število obravnavanih pacientov (Jeraj Uršič in Ostrožnik, 2006). Načrtovani kirurški posegi v okviru dnevne bolnišnice postavljajo zdravstveno nego pred

nove zahteve in izzive. Krajša hospitalizacija pomeni manj časa za vzpostavitev medosebnega stika, manj je časa za opazovanje in ocenjevanje pacienta (Humar, 2009). Zdravstveni tim mora v procesu priprave na operacijo pri pacientu natančno pogledati anamnezo ter opraviti fizični pregled. Pri pregledu podrobneje pregledamo dovzetnost pacienta za alergije, morebitne akutne ali kronične bolezni, medikamentozno terapijo ter povprašamo po družinski anamnezi (Lord Mackey in Manworren, 2007).

Skozi literaturo in študijo primera ugotovimo, da je zdravstvena vzgoja pacienta pri pripravi na artroskopsko operacijo kolena zelo pomembna, predvsem zaradi tega, ker gre pri operaciji za enodnevno bolnišnično oskrbo in je pacient nekaj ur po operaciji že odpuščen v domače okolje. Ugotovimo, da je zdravstvena vzgoja izrednega pomena, saj je potrebno pacienta dobro podučiti o operaciji, ga tako psihično in fizično pripraviti in ga informirati. Pomembno je, da ima čim več informacij, na kaj naj bo doma pozoren in kam naj se obrne v primeru komplikacij. Naloga medicinske sestre je, da znamo pacientu razložiti natančno in strokovno potek priprave, operativni poseg kasnejšo rehabilitacijo in na kaj naj bo pozoren ob odpustu domov. Ugotavljamo, da je zdravstvena vzgoja ključnega pomena pri prepoznavanju komplikacij. Če ima pacient dovolj informacij, lažje razume morebitne komplikacije oziroma tveganje, da bo znal pravilno reagirati v primeru le teh.

Skozi diplomsko nalogo smo ugotavljali, koliko informacij dobijo pacienti o možnih komplikacijah glede operativnega posega in anestezije s strani zdravstveno negovalnega osebja in njihovem možnem vplivu na kakovost življenja po operaciji.

Ivanuša in Železnik (2008) poudarjata, da je običajno medicinska sestra tista, ki pripravi in informira pacienta o operativnem posegu. Med operativno pripravo je pomembno, da sodelujejo različni člani zdravstvenega tima – zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti. Pri informiranosti bolnika pred operativnim posegom pa poleg medicinske sestre v veliki meri sodeluje tudi zdravnik.

Neposredno po artroskopiji sledi obdobje zbujanja iz narkoze, v prebujevalnici, ki traja od prihoda pacienta iz operacijske sobe v prebujevalnico do trenutka, ko je bolnikovo zdravstveno stanje ustaljeno in je lahko premeščen na oddelek. Medicinska sestra mora imeti znanje in sposobnost, da prepozna spremembe ter pravočasno in pravilno ukrepa. Zdravstvena nega je usmerjena neposredno v pomoč pacientu pri okrevanju, spremljanju in zmanjšanju morebitnih zapletov ter v pripravo pacienta na odpust. V tem času pacientu priskrbimo pripomočke, ki jih bo potreboval pri vsakodnevni aktivnostih (Ivanuša in Železnik, 2008).

Skozi študijo primera ugotovimo, da se zaradi vedno krajšega časa obravnave pacientov v bolnišničnem okolju zdravstveno-negovalno osebje sooča s problematiko ustreznega izvajanja zdravstveno-vzgojnega programa. Zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre je pomembno pri artroskopski operaciji kolena predvsem zato, ker gre pacient še isti dan domov. Za pacienta je pomembno, da dobi čim več informacij, na kaj naj bo pozoren in



do kakšnih komplikacij lahko pride, da bo doma znal prepoznati simptome ter pravilno odreagirati v primeru morebitnih težav.

Ugotovili smo, da pacienti o možnih komplikacijah tako samega operativnega posega kot tudi anestezije, ne dobijo dovolj informacij, oziroma jih sploh ne dobijo, kar je skrb vzbujajoče. Zaskrbljujoče je, da se pri obilici dela izgubijo pomembne informacije, namenjene pacientu. Komplikacije po anesteziji lahko pacientu zelo zmanjšajo kakovost življenja in mu ga spremenijo za vedno, čeprav naj bi to bila rutinska operacija. Zato ugotavljamo, da bi bilo potrebno veliko več poudarka dati na informiranost pacientov kot tudi izobraževanju medicinskih sester, saj razvoj artoskopskih operacij zelo hitro napreduje.

## **6 ZAKLJUČEK**

Artroskopska operacija kolena praviloma poteka v dnevni bolnišnici, kar pomeni, da je pacient zjutraj sprejet v bolnišnico in popoldan, če je vse v redu, že odpuščen v domačo oskrbo. Pomanjkanje informacij lahko vpliva na kakovost življenja pacientov, če medicinsko osebje pacienta ne informira dovolj o poteku operacije, morebitnih komplikacijah in nadaljnji rehabilitaciji. Ob sprejemu so pri pacientu pogosto prisotna vprašanja, stresne izkušnje preteklih hospitalizacij, negotovost in strah o bolečini ter potek rehabilitacije po artroskopiji kolena.

V študiji primera, pacienta po artroskopski operaciji kolena, pri katerem je prišlo do komplikacij, smo želeli izpostaviti negovalne probleme in postaviti načrt zdravstvene nege. Ugotovili smo, da lahko zdravstveni delavci veliko naredimo na področju zdravstvene vzgoje, saj pomanjkljivo znanje in slaba informiranost pacienta vplivata tudi na razvoj negovalnih problemov. Po intervjuju s pacientom smo prišli do zaključka, da je potrebno še veliko narediti prav v smeri zdravstvene vzgoje in informiranja pred operativnim posegom. Da bi si olajšali delo in izboljšali informiranost pacientov ter njihovo pripravljenost na artroskopijo, bi bila smiselna brošura z vsemi pomembnimi informacijami. Pripravljeno gradivo bi pacient lahko prejel že ob prvem pregledu pri zdravniku – ortopedu.

## 7 VIRI

ARTROS, CENTER ZA ORTOPEDIJO IN ŠPORTNE POŠKODBE, 2016.

*Artroskopija kolena* [spletni vir]. [Datum dostopa 25.07.2016]. Dostopno na:  
[http://artros.si/operativni\\_posegi/artroskopija\\_kolena/](http://artros.si/operativni_posegi/artroskopija_kolena/).

BITENC, K., (n. d.), KIRURGIJA BITENC. *Artroskopija kolena* [spletni vir]. [Datum dostopa 31. 07. 2016]. Dostopno na:  
<http://www.kirurska-ambulanta.si/media/uploads/file/Artroskopija%20kolena-pred%20operacijo-bralna.pdf>.

DRAIN, CB., 2003. *Perianesthesia nursing: A critical care approach*. 4th ed. St. Louis: Saunders, str. 581.

ESTETIKA AHČAN, (n. d.). Anestezija v estetski kirurgiji [spletni vir]. [Datum dostopa 24. 09. 2016]. Dostopno na: <http://www.estetika-ahcan.si/anestezija-v-estetski-kirurgiji>.

FLYVBJERG, B., 2011. *Case study*. V: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S., ur. *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage, str. 301–316.

GORDON, M., 2006. *Negovalne diagnoze – priročnik*. V: ŠLAJMER JAPELJ, M., Maribor: Rogina.

HAJDINJAK, A., MEGLIČ, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

HENDERSON, V., 1998. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

HUMAR, L., 2009, *Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: - izkušnje pacientov*: diplomska naloga. Izola: Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola, str. 2–40.

HUMAR, L., BAVČAR, K., KARNJUŠ, I., 2010. *Vloga medicinske sestre v timski pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: izkušnje pacientov*. V: BOBNAR, A., VETTORAZZI, R., ur. *Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo 2. Študentske konference s področja zdravstvenih ved*, Ljubljana, 8. junij, 2010. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, str. 195-203.

IVANUŠA, A. in ŽELEZNIK, D., 2000. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 514.

IVANUŠA, A., ŽELEZNIK, D., 2002. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

IVANUŠA, A. in ŽELEZNIK, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

- JERAJ URŠIČ, H. in OSTROŽNIK, V., 2006, *Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi*. V: LOGONDER, M., LOKAR, K., SKELA SAVIČ, B., ur. Med bolnišnico in domom. Rogla, 28.–29. september 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, str. 20–23.
- KAVČIČ, G., 2008. ORTOPEDIJA GREGOR KAVČIČ, *Artroskopija kolena* [spletni vir]. [Datum dostopa 02. 08. 2016]. Dostopno na <http://www.ortopedija-kavcic.si/archives/artroskopija-kolena/>.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. 2014. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana.
- KRANJC, Z., 2007. *Artroskopija kolena*. V: IVETIČ, V. in KERSNIK, J., ur., Diagnostične preiskave za vsakdanjo uporabo. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 281–286.
- LOGAR, P., BRATE-ŠOLAR, T., BAROVIČ, V., 2002. Ambulantna vitreoretinalna kirurgija [spletni vir]. *Zdravniški vestnik*, letn. 72, št. 2, str. 63–66. [Datum dostopa: 1. 6. 2016]. Dostopno na: [vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1722/1277](http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1722/1277).
- LORD MACKAY, W., MANWORREN, C. B., 2007. *Care of Children With acute pain; operative, procedural and traumatic*. V: TKACZ BROWNE, N., FLANIGAN, L., McCOMISKEY, C., PIEPER, P., DIANA- ZERPA, J. in FARBER, L., ur. Nursing care of the pediatric surgical patient. Florida: University of Florida College of Nursing, str. 7–59.
- MEDICINSKI CENTER PODNAR (n. d.). *Inkontinenca pri moških* [spletni vir]. [Datum dostopa 24. 09. 2016]. Dostopno na: <http://www.mc-podnar.si/index.php/sl/2015-10-20-14-37-31/inkontinenca-pri-moskih>.
- MEŽEK, M. in MARTELJ, O., 2015, *Priprava bolnika na operativni poseg*, Slovenija, n. d. [spletni vir]. [Datum dostopa 05. 06. 2016]. Dostopno na: <http://med.over.net/clanek/i20066/>.
- Ortopedska klinika* (n. d.). *Artroskopija kolena informacije za bolnike* [spletni vir]. [Datum dostopa 17. 07. 2016]. Dostopno na [http://www.ortopedska-klinika.si/upload/files/5-artroskopija\\_kolena.pdf](http://www.ortopedska-klinika.si/upload/files/5-artroskopija_kolena.pdf).
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra* (n. d.). *Sprejem v bolnišnico in odpust* [spletni vir]. [Datum dostopa: 31. 08. 2016]. Dostopno na: <http://www.ob-valdoltra.si/sl/za-bolnike/sprejem-v-bolnisnico-odpust>.
- PAJNKIHAR, M., 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

- SENIČAR, Z., 2005. *Zdravstvena nega pacienta pri artroskopiji*. V: RIJAVEC, I., ur. Zbornik predavanj Kakovost zdravstvene nege kirurškega bolnika v Splošni bolnišnici Novo mesto. Novo mesto, 22.- 23. september 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Splošna bolnišnica Novo mesto, str. 93.
- SENIČAR, A., 2006. *Psihična priprava bolnika na operativni poseg*. Zbornik XXI. Zagotovimo varnost pacienta. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in tehnikov zdravstvene nege Slovenije, str. 7–18.
- Splošna bolnišnica Jesenice* (n. d.). *Nasveti pacientom* [spletni vir]. [Datum dostopa: 20. 08. 2016]. Dostopno na: <http://www.sb-je.si/za-paciente-in-obiskovalce/zlozenke-s-koristnimi-informacijami/m>.
- Splošna bolnišnica Novo mesto* (n. d.). *Privolitev za anestezijo za ambulantne posege in enodnevno bolnišnico* [spletni vir]. [Datum dostopa: 16. 09. 2016]. Dostopno na: <http://www.sbnm.si/Portals/0/Content/dokumenti/Predstavitve%20oddelkov/zilniprivolitev%20v%20anestezijo.pdf>.
- STRAŽAR, K., 2004. *Artroskopija kolena – delna resekcija meniskusa*. V: PAVLOVČIČ, V., ur., Bolezni in poškodbe kolena. Ljubljana: Ortopedska klinika, Klinični center Ljubljana, str. 81.
- TONIN, M., 1993. *Artroskopija*. V: SMRKOLJ, V., ur. Zbornik predavanj XXIX. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Univerzitetni klinični center in Medicinska fakulteta Ljubljana, str. 135–139.

## POVZETEK

V študiji primera, pacienta po artroskopski operaciji kolena, pri katerem je prišlo do komplikacij, smo želeli izpostaviti negovalne probleme in postaviti načrt zdravstvene nege. Osredotočili smo se na pacienta, ki je bil artroskopsko operiran v sklopu enodnevne bolnišnične obravnave, pri katerem je po posegu prišlo do komplikacij. Artroskopijo uvrščamo med operativne posege, pri katerih s pomočjo artroskopa – endoskopa za pregledovanje sklepov in izvora hladne svetlobe natančno ocenimo, kaj se dogaja znotraj sklepnih struktur. Ugotovili smo, da je vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena odgovorna, saj lahko s pogovorom prežene strah in marsikateri dvom do operativnega posega in možnih komplikacij. Cilji diplomske naloge so bili: predstaviti obravnavo pacienta, ki je sprejet zaradi načrtovane artroskopske operacije kolena; predstaviti vlogo in naloge medicinske sestre pri obravnavi pacienta z artroskopijo kolena pred, med in po operativnem posegu ter opredeliti vlogo medicinske sestre pri odpustu in ugotoviti potrebo po zdravstveni vzgoji in negi pacienta po artroskopski operaciji kolena. Z nalogo smo želeli doseči, da bi bili pacienti in medicinske sestre bolj seznanjeni z morebitnimi komplikacijami po artroskopski operaciji, ki sicer veljajo za redke, vendar so pri majhnem številu pacientov možne. S pridobljenimi informacijami bi lahko v prihodnosti sestavili brošuro, ki bo pacientom v pomoč po odpustu iz bolnišnice.

**Ključne besede:** artroskopija kolena, komplikacije, medicinska sestra.

## SUMMARY

In a case study of the nurse role in preparing patient for the knee arthroscopy we studied patient after arthroscopic knee operation, which resulted with complications, so we wanted to highlight the nursing problems and to make a plan of care. Arthroscopic knee surgery is an invasive diagnostic and/or therapeutic method. Arthroscopy of joints provides us with a view inside the joint, an evaluation of the structures and enables us to make the right diagnosis and provide suitable operative care. We found that the role of a nurse in preparing the patient for arthroscopic knee surgery is responsible, because she can calm and reduce fear of the patient with a conversation before surgery. The objectives of the case study were: to present the treatment of a patient who came to the hospital for planned arthroscopic knee surgery; present role and assignments of nurses when treating a patient with knee arthroscopy before, during and after surgery. Define the role of nurses at patient leave and to determine the need for health education and care of the patient after arthroscopic knee surgery. We wanted to achieve, that both patients and nurses will be more aware of the possible complications after arthroscopic surgery, which may appear rarely, but are possible at small amount of patients. In the future we could use the obtained information to make a brochure, that would have all the necessary information for patients.

**Key words:** arthroscopic surgery, complication, nurse.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju, mag. zdr. neg., viš. pred. Igorju Karnjušu, za vso podporo in strokovnost pri nastajanju diplomskega dela. Zahvalo namenjam tudi somentorici, univ. dipl. soc., dipl. m. s. Miri Šavora, za vso pomoč pri izdelavi diplomske naloge. Zahvaljujem se sodelavcem v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, ki so prav tako prispevali k nastanku tega dela. Posebno zahvalo namenjam družini. Hvala za razumevanje in vso podporo, ki ste mi, jo izkazali med nastankom tega dela.



## IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na artroskopsko operacijo kolena – študija primera

.....  
.....

avtorice Katje Ergaver

.....  
(ime in priimek)

je lektorirala Nina Ahec, mag. prof. slovenskega jezika in knjiž.

.....  
(ime in priimek)

Podpis lektorice zaključne naloge: .....,



.....

Podpis avtorice zaključne naloge: .....

Kraj in datum: